

Le Plan national canicule (PNC)

Les périodes de fortes chaleurs sont propices aux pathologies liées à la chaleur (hyperthermie, hyponatrémie, déshydratation) et à l'aggravation de pathologies préexistantes. Suite à l'épisode caniculaire exceptionnel de l'été 2003, un plan national de prévention et de gestion de crise visant à réduire les effets sanitaires d'une vague de chaleur est mis en place chaque année. Le plan repose sur 5 axes : la mise en place de mesures de protection des personnes âgées hébergées en institutions, le repérage des personnes isolées, l'alerte, la solidarité et l'information.

Le dispositif comprend 3 niveaux d'alerte :

- « veille saisonnière », déclenché automatiquement du 1^{er} juin au 31 août ;
- « mise en garde et actions » (Miga), déclenché par les préfets de département sur la base de l'évaluation des risques météorologique et sanitaire réalisée conjointement par Météo-France et par l'Institut de veille sanitaire (InVS) ;
- « mobilisation maximale », déclenché par le premier ministre. Ce niveau correspond à une situation exceptionnelle dépassant le champ sanitaire et nécessitant la mobilisation de l'ensemble des acteurs impliqués.

Le système d'alerte canicule et santé (Sacs)

Le système d'alerte canicule et santé a été mis en place afin de faciliter la prise de décision quant au déclenchement ou à la levée des différents niveaux du plan. Ce système de surveillance s'inscrit dans la logique de veille et d'alerte sanitaires et consiste à :

- surveiller l'évolution des indicateurs météorologiques et sanitaires ;
- surveiller l'évolution des conséquences sanitaires d'une vague de chaleur pour adapter les stratégies ;
- évaluer *a posteriori* le dispositif de surveillance et les mesures prises pour la gestion de l'alerte.

Ce système repose sur l'évaluation concertée des risques météorologiques par Météo-France et des risques sanitaires par l'Institut de veille sanitaire (InVS). L'analyse de la situation météorologique par Météo-France permet notamment de prévoir les risques de dépassement des seuils de températures propres à chacun des départements métropolitains (IBM seuils)*. Parallèlement, le DSE (Département santé environnement de l'InVS) et les Cire (Cellule de l'InVS en régions) réalisent une analyse de la situation sanitaire sur la base d'indicateurs de santé. Au final, cette évaluation permet à l'InVS de recommander aux pouvoirs publics l'activation des différents niveaux du Plan national canicule.

* Indicateurs biométéorologiques (ou IBM) : moyennes glissantes sur 3 jours (J à J+2) des températures maximales nocturnes (IBMmin) et diurnes (IBMmax). La définition des seuils d'alerte départementaux (IBM seuils), établie en 2004, est issue d'une analyse fréquentielle de données de mortalité et de températures sur 30 années.

En Haute-Normandie

Dans le cadre du Sacs 2011 (1^{er} juin au 31 août 2011), la Cire Normandie avait pour mission de centraliser et d'interpréter les indicateurs de mortalité et de morbidité. En cas d'activation du niveau Miga, la Cire avait également pour mission de produire un bulletin d'information à destination de l'InVS, de l'ARS de Haute-Normandie et des partenaires de surveillance de Haute-Normandie.

1/ Les indicateurs suivis

indicateurs agrégés de morbidité :

- nombre de passages aux urgences toutes causes confondues (tous âges confondus, moins de 1 an, plus de 75 ans) ;
- nombre d'hospitalisations consécutives à un passage aux urgences ;
- Source : SRVA, serveur régional de veille et d'alerte géré par l'ARS de Haute-Normandie et alimenté par l'ensemble des services d'urgences de la région.

indicateurs de morbidité spécifiques à la chaleur (diagnostics codés hyperthermie, hyponatrémie, malaise et déshydratation selon la CIM10) :

- nombre de consultations SOS médecins codées hyponatrémie, malaise et déshydratation ; Source : association SOS médecins de Rouen ;
- nombre de résumés de passage aux urgences (RPU) codés hyponatrémie, malaise et déshydratation ; Sources : services d'urgence (SU) participant au réseau Oscour® dont la transmission des données était effective sur l'ensemble de la période d'analyse (1^{er} juin au 31 août 2011) et dont le taux de codage des diagnostics est supérieur à 70%. En Haute-Normandie, seuls les services d'urgence du CHI de Fécamp et de la clinique chirurgicale Pasteur d'Evreux répondaient à ces critères.

Pour rappel, le réseau Oscour® est un réseau national de surveillance mis en place par l'InVS, basé sur la transmission quotidienne et automatisée de résumés de passages aux urgences (RPU) enregistrés par les services d'urgence (SU) adhérents.

indicateurs de mortalité :

- nombre de décès enregistrés dans les établissements de soins ; Source : SRVA
- et en ville; Sources : services d'état civil des communes informatisées de Haute-Normandie (données transmises à l'InVS par l'Insee). Afin de bénéficier d'un historique de données suffisant pour permettre l'analyse, seules les 23 communes informatisées depuis 2006 ont été prises en compte. Ces communes sont à l'origine de plus de 60% des déclarations de décès en Haute-Normandie.

2/ L'analyse des données

L'analyse des données a été réalisée par la Cire selon deux méthodes standardisées : la méthode des limites historiques ou la méthode des cartes de contrôles. Le choix de la méthode d'analyse a été fait en fonction des sources de données existantes au niveau local et de l'historique des données disponibles. Aucune vague de chaleur de forte amplitude n'a été observée en Normandie au cours de la saison estivale 2011. Les seuils d'alerte départementaux (IBM seuils) n'ont pas été atteints, le niveau Miga n'a pas été activé.

Surveillance sanitaire multi-sources

A l'instar de la surveillance épidémiologique mise en place dans le cadre de l'organisation du G8/G20 à Deauville les 26 et 27 mai 2011, le Système d'alerte canicule et santé (Sacs 2011) a fait appel à une surveillance dite multi-sources basée dans ce cas sur :

- la complémentarité des données transmises par le serveur régional de veille et d'alerte (SRVA), les services d'urgence du réseau Oscour® (InVS), par l'association SOS médecins de Rouen et par les services d'Etat civil (via l'Insee) ;
- la complémentarité des données de morbidité et de mortalité ;
- la complémentarité des données hospitalières et des données de médecine de ville.

Par ailleurs, les données du réseau Oscour® présentent deux avantages majeurs. Elles permettent l'analyse de l'activité des services d'urgence par regroupements syndromiques (grâce au codage des diagnostics selon la CIM10) ET par classes d'âge fines. Malheureusement, la couverture actuelle de ce réseau en Haute-Normandie est insuffisante pour permettre une analyse représentative de la situation sanitaire régionale. En effet, seuls le CHI de Fécamp et la clinique chirurgicale Pasteur d'Evreux remplissent la condition d'un taux de codage des diagnostics supérieur à 70%.

Ce système de surveillance a été conçu et développé dans le but d'améliorer la qualité et la puissance de la surveillance sanitaire réalisée par les Cire/InVS. La mise en place d'un tel dispositif doit nous permettre de répondre au mieux aux objectifs inhérents à nos missions de veille et d'alerte sanitaires.

VEILLE INFO



Cire Normandie

Cellule de l'InVS en régions Haute et Basse Normandie

Veille Info n°22 - septembre 2011

Suivi des indicateurs d'activité des services d'urgences et des Samu en Haute-Normandie

Période du 01/06/11 au 31/08/11

Source de données SRVA

Les données présentées dans ce document (pages 1 à 3) sont issues du SRVA, serveur régional de veille et d'alerte géré par l'ARS de Haute-Normandie et alimenté par l'ensemble des services d'urgences de la région.

Le réseau Oscour®

Réseau de surveillance piloté par l'InVS, basé sur la transmission automatisée de RPU (résumés de passage aux urgences) et permettant une analyse par regroupements syndromiques et par classes d'âge de l'activité des urgences.

Complétude des données et activité déclarée par les services sur la période du 01/06/11 au 31/08/11

Avec une moyenne régionale de 89%, le niveau de complétude des données transmises par les services d'urgences pour la période du 01/06/11 au 31/08/11 a diminué de 3,1% mais reste satisfaisant. Cette complétude était comprise entre 54% et 100% selon les établissements.

Fig 1. Carte de complétude des données transmises par les services d'urgences de Haute-Normandie, période du 01/06/11 au 31/08/11 (source : SRVA de Haute-Normandie).



Tab 1. Activité déclarée par les services d'urgences de Haute-Normandie, période du 01/06/11 au 31/08/11 (source: SRVA de Haute-Normandie).

Etablissements	Primo passage	< 1 an	> 75 ans	Hospit
CH DIEPPE	8 473	193	1 129	2 728
CH EU	3 857	65	238	341
Total Secteur de Dieppe	12 330	258	1 367	3 069
CH BERNAY	4 436	49	656	1 186
CH EVREUX - CHI EURE-SEINE	9 296	434	949	1 912
CH GISORS	4 522	50	472	808
CH VERNEUIL-SUR-AVRE	1 999	16	156	246
CH VERNON - CHI EURE-SEINE	5 064	50	572	980
CL CHIRURGICALE PASTEUR - EVREUX	4 813	15	160	462
Total secteur Evreux - Vernon	30 130	614	2 965	5 594
CH FECAMP	5 191	108	675	1 401
CH LILLEBONNE	4 244	57	449	650
CH PONT-AUDEMER	3 572	18	381	455
CL LES ORMEAUX-VAUBAN - LE HAVRE	5 777	4	417	588
H PRIVE DE L'ESTUAIRE - LE HAVRE	4 498	14	568	1 208
H JACQUES MONOD POSU - CH LE HAVRE	5 885	882	0	1 026
H JACQUES MONOD SAU - CH LE HAVRE	9 662	0	1 624	3 792
Total secteur Le Havre	38 829	1 083	4 114	9 120
CH LES FEUGRAIS - CHI ELBEUF	11 374	467	1 169	2 783
CH LOUVIERS - CHI ELBEUF	3 445	44	241	325
CL DU CEDRE - BOIS-GUILLAUME	3 173	0	40	272
H CHARLES NICOLLE POSU - CHU ROUEN	7 747	1 331	0	1 401
H CHARLES NICOLLE SAU - CHU ROUEN	22 101	0	3 890	10 704
POLYCLINIQUE DE L'EUROPE - ROUEN	6 852	6	432	480
Total secteur Rouen - Elbeuf	54 692	1 848	5 772	15 965
Total Haute Normandie	135 981	3 803	14 218	33 748

Suivi du nombre de primo-passages et d'hospitalisations dans les services d'urgence, période du 01/06/11 au 31/08/11

Fig 2. Nombre de primo-passages quotidiens et d'hospitalisations dans les services d'urgence de Haute-Normandie.

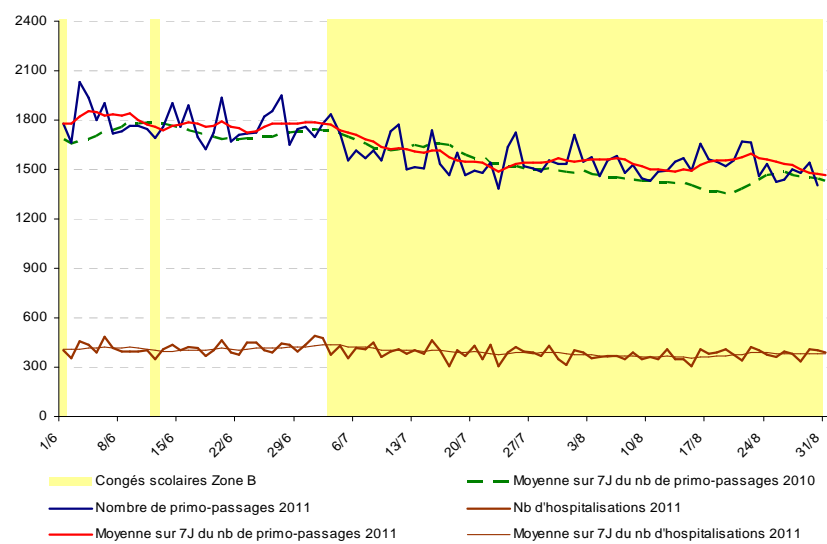


Fig 3. Variation (en %) de l'activité des services d'urgence de Haute-Normandie par territoire de santé entre 2010 et 2011, période du 01/06 au 31/08.

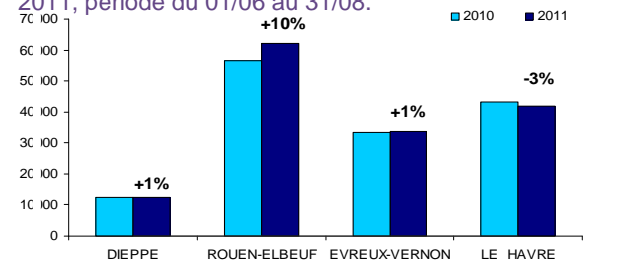
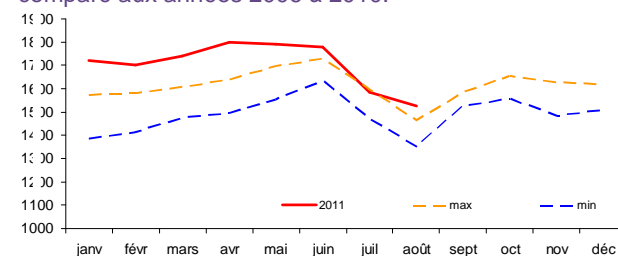


Fig 4. Nombre quotidien moyen de primo-passages par mois dans les services d'urgence de Haute-Normandie comparé aux années 2006 à 2010.



Sur la période du 01/06/11 au 31/08/11, le nombre de primo-passages quotidiens enregistrés par les services d'urgence de Haute-Normandie est comparable à celui observé l'an dernier sur la même période (fig 2). Considérant l'activité des services d'urgences par territoire de santé, celle de Rouen-Elbeuf a affiché une augmentation de 10% sur la période du 01/06/11 au 31/08/11 par rapport celle observée en 2010 sur la même période (fig 3). Le nombre moyen de primo-passages quotidiens a été supérieur aux valeurs maximales observées à mois équivalents au cours des années 2006 à 2010 (fig 4). Sur cette même période, le nombre d'hospitalisations suite à un passage aux urgences est, quant à lui, resté stable (fig 2).

Suivi de l'activité des Samu, période du 01/06/11 au 31/08/11

Fig 5 Nombre d'affaires traitées par les Samu de Haute-Normandie.

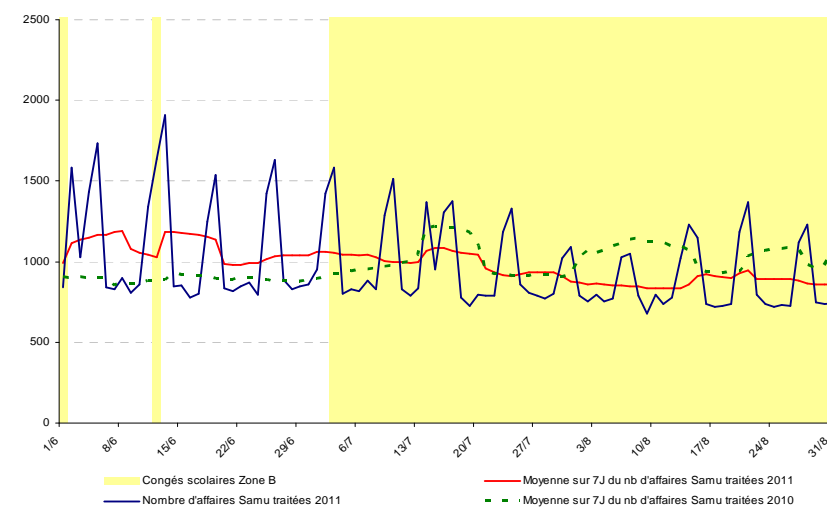


Fig 6. Variation (en %) de l'activité Samu entre 2010 et 2011, période du 01/06 au 31/08.

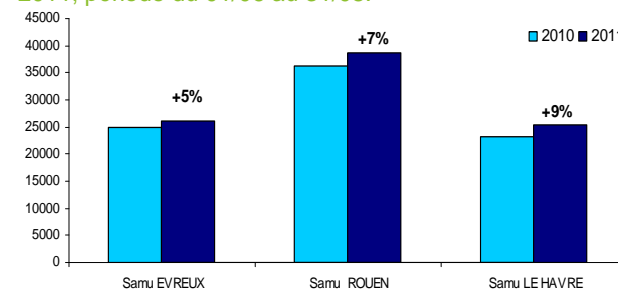
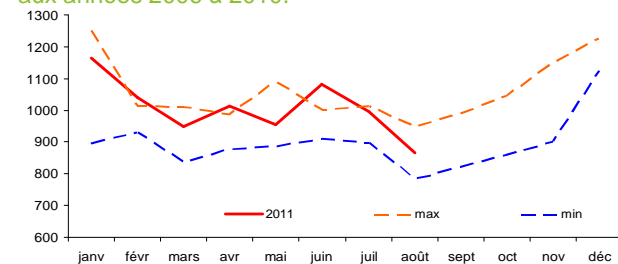


Fig 7. Nombre quotidien moyen d'affaires traitées par mois par les trois Samu de Haute-Normandie comparé aux années 2006 à 2010.



Considérant l'ensemble de la période de juin à août 2011, le nombre quotidien d'affaires traitées par les trois Samu de Haute-Normandie a été comparable à celui enregistré en 2010 à la même période (fig 5). Au mois de juin 2011, le nombre moyen d'affaires traitées quotidiennement était supérieur aux valeurs observées à mois équivalents lors des années 2006 à 2010. Cependant en juillet et en août, ce nombre a retrouvé un niveau équivalent à celui observé à mois équivalents lors des années 2006 à 2010 (fig 7). Considérant l'activité de chacun des trois Samu de Haute-Normandie, le nombre d'affaires traitées en 2011 sur la période du 01/06 au 31/08 a été comparable à celui enregistré en 2010 sur la même période (fig 6).

Définition des termes utilisés

Complétude : nombre de jours où les indicateurs sont renseignés sur le serveur de l'ARH rapporté au nombre de jours de la période. **Données corrigées** : Dans les graphiques ci-contre, les données manquantes pour certains hôpitaux sont remplacées par la moyenne des quatre jours identiques précédents (exemple : 4 mercredis). Ceci permet d'éliminer les artéfacts liés aux données manquantes. **Hospitalisation** : La somme des hospitalisations, transferts et passages en UHCD en provenance des services d'urgences. **Taux d'hospitalisation** : Le taux d'hospitalisation est le rapport de la somme des hospitalisations, transferts et passages en UHCD sur le nombre de passages aux urgences. **UHCD** : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée.

Suivi du nombre de primo-passages concernant les moins de 1 an, période du 01/06/11 au 31/08/11

Fig 8. Evolution du nombre de primo-passages quotidiens des moins de 1 an dans les services d'urgence de Haute-Normandie.

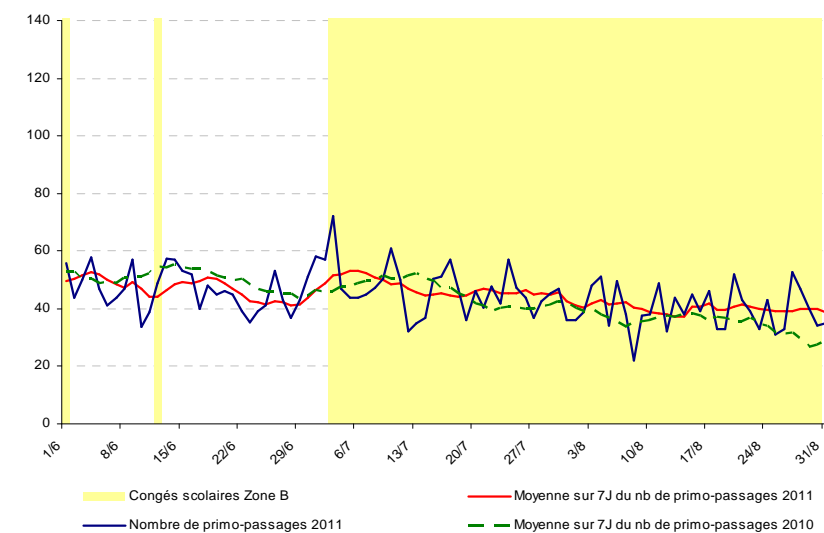


Fig 9. Variation (en %) de l'activité des services d'urgence de Haute-Normandie par territoire de santé entre 2010 et 2011, période du 01/06 au 31/08.

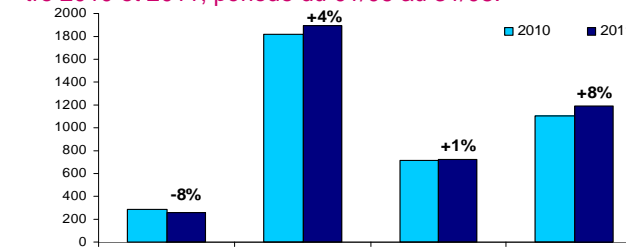
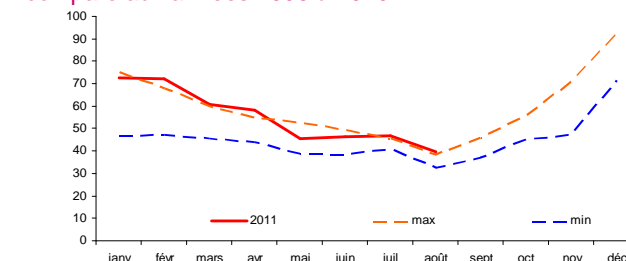


Fig 10. Nombre quotidien moyen de primo-passages par mois dans les services d'urgence de Haute-Normandie comparé aux années 2006 à 2010.



Sur la période du 01/06/11 au 31/08/11, le nombre de primo-passages quotidiens concernant les moins de 1 an a été équivalent à celui observé à la même période en 2010 (fig 8) et se situait au niveau des valeurs maximales observées à mois équivalents au cours des années 2006 à 2010 (fig 10). Considérant l'activité des services d'urgence par territoire de santé, cette dernière est restée relativement stable par comparaison à l'été 2010 (fig 9).

Suivi du nombre de primo-passages concernant les plus de 75 ans, période du 01/06/11 au 31/08/11

Fig 11. Nombre de primo-passages quotidiens des personnes de plus de 75 ans dans les services d'urgence de Haute-Normandie.

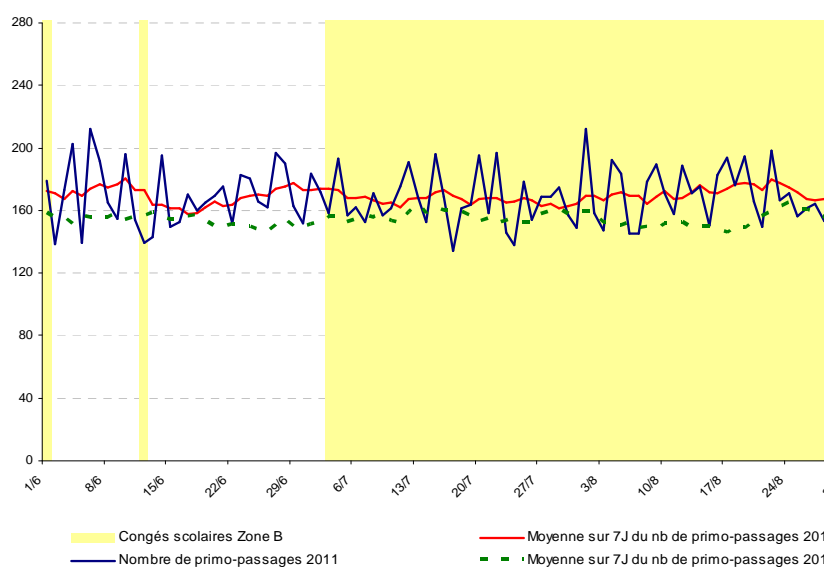


Fig 12. Variation (en %) de l'activité des services d'urgence de Haute-Normandie par territoire de santé entre 2010 et 2011, période du 01/06 au 31/08.

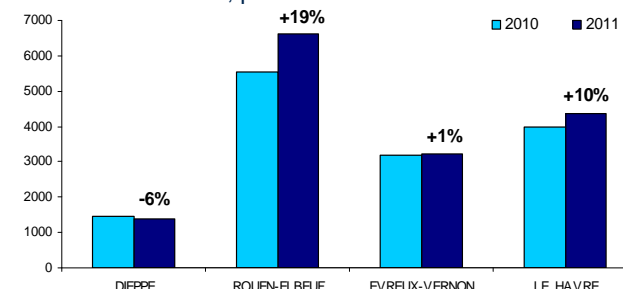
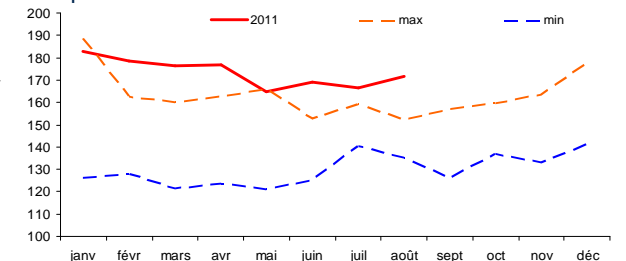


Fig 13. Nombre quotidien moyen de primo-passages par mois dans les services d'urgence de Haute-Normandie comparé aux années 2006 à 2010.



Sur la période du 01/06/11 au 31/08/11, le nombre de primo-passages quotidiens des personnes de plus de 75 ans a été légèrement supérieur à celui observé en 2010 sur la même période (+10% sur la totalité de la période) (fig 11). Le nombre moyen de primo-passages quotidiens était supérieur aux maxima observés à la même période au cours des années 2006 à 2010 sans qu'aucun évènement de santé particulier n'ait été déclaré à l'ARS de Haute-Normandie (fig 13). Considérant l'activité des services d'urgence par territoires de santé, celles des territoires de Rouen-Elbeuf et du Havre ont enregistré une augmentation par rapport à l'année 2010 (respectivement de 19% et de 10%) (fig 12).